Über die Indicationen und die Prognose der manuellen Placentarlösung.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM DIENSTAG, DEN 25. JUNI 1895

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Walter Guttmann

AUS HIRSCHBERG IN SCHLESIEN.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Heinemann.
Herr cand. med. Werner.
Herr cand. med. Bockmann.

BERLIN.

DRUCK VON M. DRIESNER, KLOSTERSTR. 50.

Meiner Mutter

und

dem Andenken meines verstorbenen Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0044

„Überall da, wo von den Wohlthätern des Menschengeschlechts die Rede ist, verdient Semmelweis mit in erster Reihe genannt zu werden.“[1]) Dieser Satz besagt in der That nicht zu viel, wenn man bedenkt, dass Tausende von Frauen diesem grossen Manne ihr Leben verdanken. Er war es nämlich gewesen, der zuerst die Ursachen des mörderischen Kindbettfiebers aufdeckte. Nicht ein genius epidemicus war Schuld daran, sondern die mangelhafte Sauberkeit der untersuchenden Ärzte, die in jener „pathologisch-anatomischen“ Zeit oft unmittelbar nach Sektionen und ohne genügende Desinfektion geburtshilflich thätig waren. Auf Grund dieser Überzeugung, die er durch viele Tierversuche bestätigt fand, führte Semmelweis auf seiner Abteilung eine obligatorische Chlorwaschung vor der Untersuchung ein und hatte den grossen Erfolg, dass in den nächsten Jahren die frühere Mortalität von 10 – 15 % auf ca. 1 % herabging.

Diese Ansichten von Semmelweis, obwohl zuerst vielfach bekämpft, brachen sich immer mehr Bahn und sind zusammen mit den Lister'schen Prinzipien, freilich in sehr modifizierter und erweiterter Form, für die moderne Geburtshilfe von grösster Bedeutung geworden.

Um so mehr Aufsehen erregte es, als Hegar in einer jüngst veröffentlichten Schrift[2]) auf Grund eines grossen Materials die Behauptung aufstellte, dass im Grossherzogtum Baden die Einführung der Antiseptik keinen wesentlichen Einfluss auf die Mortalität nach Geburten ausgeübt habe. Die Erklärung für diese auffallende Erscheinung sucht er selbst zunächst in der, durch das Vertrauen zur antiseptischen Methode bedingten, Polypragmasie der Ärzte, da der Prozentsatz der operativ beendeten Geburten ausserordentlich gewachsen sei. Vor allem aber schiebt er die Schuld den Hebammen zu, für deren Bildungsgrad der Begriff der Antiseptik zu hoch sei; als Abhilfe empfiehlt er, die innere Untersuchung seitens der Hebammen möglichst zu verbieten. Jedenfalls hat er mit diesen Vorwürfen den Hebammen gegenüber vollkommen Recht; aber man kann noch weitergehen und behaupten, dass auch viele Ärzte noch gegen die Grundregeln der Aseptik verstossen und dadurch viel Unheil anrichten. Es ist somit klar, dass durch die Publikation von Hegar nicht die segensreiche Methode der Antiseptik getroffen wird, sondern nur ihre mangelhafte Durchführung.

Es wäre jedoch ein Irrtum, zu glauben, dass die Vermeidung des Kindbettfiebers immer eine ganz leichte und sichere Sache sei. Auch heute noch giebt es geburtshilfliche Operationen, die wegen der mit ihnen verbundenen Infektionsgefahr gefürchtet sind, und dazu gehört in erster Linie die manuelle Placentarlösung.

So misst Hegar gerade den „leidigen Placentaroperationen“ neben den oben erwähnten Umständen die Hauptschuld bei, dass sich die Totalmortalität auch nach Einführung der Antiseptik nicht gebessert hat. So schreibt ferner z. B. Stumpf[3]): „Man wird nicht fehlgehen, wenn man die manuelle Entfernung der Placenta als die gefährlichste aller geburtshilflichen Operationen mit Einschluss des Kaiserschnitts erklärt.“ Ist das auch sicher etwas zu hoch gegriffen, so charakterisiert es doch genügend die Gefährlichkeit.

Das ist nun um so bedauerlicher, als gerade für die manuelle Placentarlösung in erhöhtem Masse die Worte gelten können, die Semmelweis am Eingange seines klassischen Werkes von der Geburtshilfe überhaupt sagt: „Die Geburtshilfe ist derjenige Zweig der Medizin, der die höchsten Aufgaben derselben, nämlich Rettung des bedrohten menschlichen Lebens in zahlreichen Fällen am augenscheinlichsten löst.“ Nun, wer gesehen hat, wie eine sich fast verblutende Frau durch diese Operation einem sichern Tode entrissen wurde, muss das bestätigen.

Da somit die manuelle Placentarlösung einerseits von so ausserordentlichem Werte ist, andrerseits ihre Gefährlichkeit zur grössten Vorsicht mahnt, ist es geboten, sie immer wieder zum Gegenstand der Besprechung zu machen. Daher habe ich mich auf Anregung des Herrn Dr. Gessner gern dazu entschlossen, aus dem reichen poliklinischen Material der Berliner Universitäts-Frauenklinik einen Beitrag zu den Indicationen und zur Prognose dieser wichtigen Operation zu liefern, zumal nur sehr wenige einwandsfreie Zusammenstellungen darüber existieren.

Die bisher veröffentlichten Arbeiten haben nämlich zum grossen Teil den Fehler, dass sie sich auf ein zu geringes Material stützen. Das ist ja bei der verhältnismässigen Seltenheit des Eingriffs erklärlich; aber es ist doch eine vollständige Verkennung der Wahrscheinlichkeitsrechnung, die doch jede Statistik sein will, wenn man mit minimalen Zahlen operiert. Kleinschmidt[5]) giebt z. B. an, dass von 21 Frauen, bei denen die Placenta manuell entfernt wurde, 6 gestorben sind; das macht die kolossale Mortalität von 28,5 % aus, beweist aber absolut nichts; denn diese hohe Ziffer wird in der That von keinem anderen Autor angegeben. Ein fernerer Fehler fast aller bisherigen Statistiken ist der,

dass kein Unterschied zwischen Aborten und rechtzeitigen Geburten gemacht wird. Da nun bei unreifen Früchten die Placenta mit dem Uterus viel fester verbunden ist und viel häufiger eine manuelle Entfernung nötig macht, da ferner die hier befolgten Indicationen durchaus keine dringenden sind, sondern bekanntlich von vielen Seiten das exspectative Verfahren bei Aborten sehr befürwortet wird, so tritt dadurch eine Verschiebung der ganzen Sachlage ein. Denn natürlich wird dann die Zahl der manuellen Lösungen bedeutend grösser, die Prognose um vieles günstiger sein. Drittens ist für derartige Veröffentlichungen ein klinisches Material nicht recht geeignet. Es kommen hier weniger Fälle von Placentarretentionen vor. Hegar[6]) bemerkt mit Recht, dass auch andere geburtshilfliche Anomalieen in Entbindungshäusern seltener sind als in der Privatpraxis, weil hier eine ganz andere Menschenklasse hinkommt, kräftige, gesunde, jüngere Personen, die gewöhnlich noch keine oder nur wenige Geburten durchgemacht haben. Eine nicht unwichtige Indication zur manuellen Placentarlösung, lange Dauer der Nachgeburtsperiode, wird in den Kliniken keine solche Bedeutung haben, wie in der Privatpraxis. Ebenso wird eine unvernünftige Behandlung der Nachgeburtsperiode, die ja sehr oft die Retentionen verschuldet, in einer Klinik gewöhnlich nicht vorkommen. Kurz, um brauchbare Resultate zu erhalten, wird man ein anderes Material benutzen müssen. Da nun aus der Privatpraxis eine genügend grosse Zahl von Beobachtungen selten gesammelt wird, so wird das poliklinische Material am geeignetsten für derartige Veröffentlichungen sein. Hier sind ja die Verhältnisse denen der Privatpraxis mindestens gleich, oft ja noch viel ungünstiger; denn es handelt sich ja gewöhnlich um eine praxis pauperrima, wo zuweilen nicht einmal heisses Wasser zur Verfügung steht. Der Einfluss der Hebammen, der in den Kliniken ja so gut wie ganz eliminiert ist, sowie die Anforderungen des täglichen Lebens kommen auch hier zur vollen Geltung.

Der Hauptmangel aber, der allen bisherigen Statistiken anhaftet ist der, dass zwar die Todesfälle und Erkrankungen im Wochenbette genau registriert sind, dass aber die weiteren Schicksale der betreffenden Frau gar keine Berücksichtigung finden. Nur in der Publikation von Kleinschmidt[5]) finde ich einen, allerdings schüchternen, Versuch dazu, indem hier der fernere Gesundheitszustand von 7 Frauen geschildert ist. Und doch ist es von hohem Interesse gerade von einem so bedeutenden Eingriffe in die Genitalsphäre der Frau zu konstatieren, ob und welche bleibenden Nachteile er zurückgelassen hat. Dies ist entschieden wichtiger, als der etwaige Fieberverlauf im Wochenbett, der zu keinen Schlüssen

berechtigt. Hierbei sind sowohl die subjektiven Beschwerden wie auch die palpablen Störungen am Geschlechtsapparat zu berücksichtigen und besonders auch die Frage der späteren Conceptionsfähigkeit zu beantworten. Ich habe mich daher nicht mit den Aufzeichnungen in den Geburtsjournalen begnügt, sondern war bemüht, dieselben durch die Aussagen der betreffenden Frauen zu verificieren und zugleich Angaben über ihren späteren Gesundheitszustand zu erhalten. Von den 100 veröffentlichten Fällen sind nun leider 7 trotz aller Bemühungen nicht mehr zu ermitteln gewesen, wie das bei dem beständigen Wechsel einer grossstädtischen Bevölkerung ja erklärlich ist. Aus diesem Grunde wurde auch Abstand genommen, noch mehr, weiter zurückliegende Fälle zu veröffentlichen. Über 4 derselben habe ich aber seitens der Hebammen genügende Auskunft erhalten. Von den anderen Frauen haben 21 einen ausführlichen Fragebogen schriftlich beantwortet (in der Tabelle durch Br. angedeutet), während doch immerhin 60 persönlich erschienen sind. Hatten letztere auch nur die geringsten Klagen betreffs der Unterleibsorgane, so fand allemal eine genaue innere Untersuchung statt, die in den meisten Fällen Herr Dr. Gessner die Freundlichkeit hatte zu übernehmen. Auf diese Weise kann, glaube ich, die vorliegende Zusammenstellung einigen Wert für sich in Anspruch nehmen.

Bevor wir nun die Tabelle selbst bringen, wollen wir noch einen kurzen Blick auf die früheren und jetzigen Ansichten über die manuelle Placentarlösung werfen, die ja untrennbar verbunden sind mit der Behandlung der Nachgeburtsperiode überhaupt. Wir folgen hierbei im wesentlichen der ausgezeichneten Zusammenstellung von Riedel[7]).

In den ältesten Zeiten war die Behandlung der Nachgeburtsperiode eine sehr gewaltsame und unzweckmässige. Gewöhnlich wartete man mit der Abnabelung des Kindes bis die Nachgeburt da war. Dauerte dies zu lange, so wurde durch die eigene Schwere des Kindes oder durch Gewichte ein Zug auf die Nabelschnur ausgeübt. Gewaltsame Erschütterungen des Körpers durch Niesen, Husten, Pressen, ferner Räucherungen und innere Arzneimittel spielten eine grosse Rolle. Eine manuelle Lösung der Placenta bei ausgetragenen Früchten kannte man nicht; nur bei Aborten wird sie von Hippokrates empfohlen. Man fürchtete nicht die Retention der Placenta, sondern glaubte, dass sie nach einigen Tagen durch Fäulnis ausgestossen würde.

Die arabische und nacharabische Zeit brachte wenig nützliche Neuerungen, sondern fügte nur noch schädliche und lächerliche Vorschriften hinzu. Erst vom 16. Jahrhundert an, als die Geburtshilfe immer mehr von Männern ausgeübt

wurde, trat eine kleine Besserung ein. Man lernte die Nachteile der Placentarretentionen kennen und verlor das Vertrauen zu den inneren Arzneimitteln. Die Therapie war damals durchaus aktiv, indem man bald nach der Geburt die Placenta aus dem Uterus manuell entfernte. Nur notgedrungen wurde der Natur ihre Ausscheidung überlassen, wenn man sie nämlich mit der Hand nicht herausbringen konnte. In diesem Sinne lehrte z. B. Eucharius Rösslin, der bekannte Chirurg Ambrois Paré, der berühmte Deventer und viele andere. Aber es wurden auch schon Stimmen laut, die auf die Gefahren einer unvorsichtigen Lösung hinwiesen. Guillemeau sah z. B. danach Zerreissung der Gebärmutter entstehen, Hildanus eine Inversio uteri und Mauriceau giebt Metritis und zu feste Adhaerenz als Contraindicationen an.

Im 18. Jahrhundert kam als natürliche Reaktion gegen diese aktive Richtung die absolut exspectative Methode zur Geltung, und der Streit zwischen diesen beiden Extremen lässt sich von da bis in die neuste Zeit verfolgen. Gestützt nämlich auf die Beobachtung, dass durch unvorsichtige und zu rasche Lösung der Nachgeburt tötliche Blutungen und Unglücksfälle aller Art entstanden, dass andererseits die Ausscheidung der Placenta allein durch die Naturkräfte erfolgen konnte, trat die exspectative Richtung immer mehr in den Vordergrund. Ihre Hauptverteidiger waren Ruysch, Aepli und Weissenborn neben vielen anderen. Aepli gestattete z. B. die manuelle Lösung nur bei Placenta praevia und bei heftigen Blutungen unter gleichzeitiger Atonia uteri. Der aktiven Richtung huldigten zu jener Zeit aber auch bedeutende Männer, wie Smellie, Thebesius, Deleurye u. a. Auch gab es schon Geburtshelfer, die in der Mitte zwischen beiden Extremen standen, z. B. Stark in Jena.

Trotzdem man im 19. Jahrhundert zu der Ansicht kam, dass die Ausscheidung der Nachgeburt auch ein physiologischer Vorgang sei, der nur zuweilen pathologisch werden könne, blieb die Scheidung in aktive und passive Richtung bestehen. Das zeigten besonders die Verhandlungen der Berliner „Gesellschaft für Geburtshilfe“ im Jahre 1846, wo im Anschluss an den Vortrag von Paetsch, eines Vertheidigers der mehr aktiven Methode, eine lebhafte und gründliche Debatte folgte, die aber resultatlos verlief, da man, wie der Referent angiebt, zur Überzeugung kam, „dass zur Zeit die Lehre von der Behandlung des Nachgeburtsgeschäfts noch keineswegs normiert sei.“

Woran lag es nun, dass die tüchtigsten Geburtshelfer in einer so ungemein wichtigen Frage ganz verschiedener Meinung waren? Vor allem an der Unkenntnis der physiologischen Vorgänge in der Nachgeburtsperiode, dann aber, wie Credé

mit Recht ausführt, auch an den erheblichen Gefahren, die beiden Methoden anhafteten. Die Anhänger der operativen Methode fürchteten mit gutem Grunde die Fäulnis der retinierten Placenta mit folgender Sepsis, die Spätblutungen, sowie die Rückbildung des Uterus vor Entfernung der Placenta. Denn wenn auch unzweifelhaft die Retention in manchen Fällen keinen Schaden bringt, so sind sie doch zu selten, um als Richtschnur dienen zu können. Andererseits machten die Vertreter des exspectativen Verfahrens mit vollem Rechte den Operateuren den Vorwurf, dass durch ihre Methode oft Kindbettfieber, Inversionen, Zerreissungen der Nabelschnur und der Placenta sowie Verletzungen des Uterus und anderer Eingeweide entständen. Somit waren also die Gefahren beider Methoden ziemlich gleich gross. Da nun nach Credé unzweifelhaft die baldige Entfernung der Nachgeburt dem Waltenlassen der Naturkräfte im Prinzip vorzuziehen ist, so schrieb er die Fehler der aktiven Richtung nur der Methode zu, bei der ja nach jeder Geburt an der Nabelschnur in die Uterushöhle eingegangen wurde. Auf Grund dieser Überlegungen nun führte Credé sein bekanntes Verfahren ein, das diesen grossen Nachteil vermeidet, da es ja nur aus äusseren Handgriffen besteht, und zugleich die Vorzüge einer raschen Beendigung der Geburt erfüllt. Dies Verfahren, das Credé zuerst 1853 veröffentlichte[8]), (allerdings waren schon vorher in England schüchterne Versuche dieser Art gemacht worden) und in mehreren Arbeiten[9]) weiter ausführte, wurde fast überall mit grosser Befriedigung angenommen. Zwar wurde es von Dohrn[10]), Ahlfeld[11]) u. a. angegriffen, weil zuweilen Retention von Eihäuten und Placentarstücken, Blutungen und Sepsis die Folge sein sollten. Aber diese Angaben haben sich im Allgemeinen nicht bestätigt. Das Gute hatten jedenfalls diese Angriffe, dass der Credé'sche Handgriff heute nicht mehr bei der dritten oder vierten Nachwehe angewendet wird, wie es Credé vorschrieb, sondern erst nachdem sichere Zeichen da sind, dass die Placenta gelöst ist.

Die manuelle Placentarlösung sollte nach Credé nur in den „äusserst seltenen" Fällen stattfinden, wo die Expression durchaus nicht gelingt, und die Umstände die Beendigung der Nachgeburtsperiode dringend erheischen. Ähnlich äussert sich Spiegelberg[12]), dass nämlich die meisten Placentarretentionen arteficiell seien. Dass in der That durch das Credé'sche Verfahren die manuelle Lösung in den Hintergrund getreten ist, ist sicher, und darin liegt ja eben die grosse Bedeutung desselben. Dass aber Placentarretentionen gar so selten sind, wie jene beiden Autoren annehmen, muss doch bestritten werden. So spricht sich u. a. auch Hegar

in seiner ausgezeichneten Monographie über Placentarretention[6]) dagegen aus, dass der Credé'sche Handgriff in allen Fällen ausreicht, und warnt davor, denselben bei eintretenden üblen Zufällen zu lange fortzusetzen.

Obwohl, wie gesagt, eine vollständige Einigung noch nicht erzielt ist, so werden wohl folgende Indicationen zur manuellen Placentarlösung, die in der Berliner Poliklinik gelten, auch von der Mehrzahl der praktischen Ärzte befolgt werden.

I. Auftreten gefährlicher Zustände, bes. Blutungen,
II. Lange Dauer der Nachgeburtsperiode infolge von Placentarretention,
III. Retention von Placentarresten.

Diese Indicationen werden im Anschluss an die jetzt folgende Tabelle näher besprochen werden.

Tabellarische Übersicht.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
1. 2020.	Wendt, 24, I p	I Schädellage; Wehenschwäche. Kristeller'scher Handgriff.	1 Std. p. p. Expr. Plac., schwierig. In d. Klinik das Fehlen eines grösseren Teils konstatiert; daher man. Entfernung.	14 Tage: fieberfrei.	Br. Menses nach 6 Wochen, unregelm. Bei Anstreng. leichte Schmerzen im Abd. Wieder gravid.
2. 1929.	Hardler, 35, VIII p. Bei d. 5 letzt. Entb. Plac. man. entfernt.	II Schädellage, spontan.	1 Std. p. p. Blutung, Uterus steigt über Nabelhöhe. Expression auch in Narcose vergebl. Man. Lösung Plac. bes. l. im Fundus adhaerent.	8 Tage, fieberfrei. Grosse Schwäche.	Menses nach 8 Wochen, stark, unregelm. Unterleibsschmerzen bes. rechts. Uterus norm.; beiders. bes. r von einem Cervixriss ausgehend parametrane Stränge.
3. 1880.	Heeren, 33, Vp 1 Frühgeb. von 8 Mon., mit man. Lösung; 2 Aborte.	I Steisslage, Wehenschwäche	P. p. mässige Blutung. Nach $^1/_2$ Std. Express.; es erscheinen $^2/_3$ der Plac.; der adhaerente Rest 2 Std. später in Narcose sehr schwer gelöst, ausserdem noch 1 apfelgrosses Stück entfernt.	7 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 5 Monaten (stillte), regelm. Jetzt keinerlei Beschwerden.
4. 1674.	Meyer, 33, VII p. 1 Abort; bei der 5. Geb. Blutung in der Nachgeb. periode.	Schädellage spontan. Wegen erwarteter Blutung 1 Spritze Ergotin.	Expr. nach $^1/_2$ u. $^3/_4$ Std. vergebl. Darauf starke Blutung, Collaps. Wiederholte vergebl. Expr. Delirien. Man. Lösung ohne Narcose (wegen grosser Anaemie). Kochsalzinfusion.	In den 2 ersten Tagen bedeutende Erholung. Am 3. Abdomen aufgetrieben, schmerzhaft; Lochien stinkend, Fieber über 39°. Schüttelfrost. Am 6. Tage Abd. normal. An den Stichstellen der Infus. Abscesse, die incidiert werden. Darauf Temp. norm. Am 20. Tage entl.	Menses nach 3 Monat, sehr spärlich u. unregelm. Sonst keinerlei Beschwerden.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Spateres Befinden.
5. 1661.	Stahn IIp.	Geb. n. beob.	Sehr starke Blutung p. p. Ein prakt. Arzt versuchte 1 Std. lang die Plac. zu lösen Darauf werd noch Placentarreste entfernt. Auf heisse Ausspülungen kontrahiert sich d. Uterus. Kognakklystiere: Kochsalzinfus.		† denselben Nachmittag infolge der Anaemie.
6. 1514.	Pusch, 34, IIp. Bei der 1. man. Lös.	Geb. n. beob.	Starke Blutung: Collaps; man. Lösung der Placenta marginata.	12 Wochen zu Bett wegen grosser Schwäche; aber fieberlos.	Menses nach 3 Mon. normal. Keinerlei Beschwerden.
7. 1480.	Dräger, 25, IIIp. 1 Geb. von 8 Mon. 1 Abort.	II Schädellage, Wehenschwäche.	Expr. nach $^1/_2$ u. $^3/_4$ Std. vergebl. Blutung, Collaps, Uterus steigt hoch, kontrahiert sich auf Reiben. Expr. auch in Narcose vergebl. man. Lös. stückweise.	3 Wochen zu Bett: fieberfrei.	Menses nach 8 Wochen, normal. Keinerlei Beschwerden.
8. 1431.	Lewinski, 38, Ip.	I Schädellage, Wehenschwäche. Intra partum T. 38,7.	Gleich p. p Blutung. Reiben: Uterus kontrahiert sich nach $^1/_2$ Std. Auf Expressionsversuche erneute Blutung. Expr. auch in Narcose vergebl. man. Lös. Uterus ist sanduhrförmig zusammengeschnürt; dadurch die gelöste Plac. retiniert.	10 Tage; vom 2. an fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen, norm. Keinerlei Beschwerden.
9. 1421.	Schustermann, 41, XVp.	Gemini, I Schädellage, II Steisslage, Vitium cordis, Dyspnoe u. Cyanose.	Die II Plac. adhaerent; wurde nach 4 Std. wegen grosser Anaemie man. gelöst.		† am nächsten Tage Section ergiebt Anaemia univ. Vitium cordis valvul. mitral et aort.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
10. 1310.	Walter, 40, Vp. einmal man. Lös.	Geb. n. beob.	Expr. auch in Narcose vergebl. man. Lös. 3 Std. p p.	10 Tage fieberfrei: angebl. Unterleibsschmerzen.	Br. Menses nach 4 Mon. regelm. Keine Beschwerden.
11. 1142.	Rost, 29 Vp. 1 Abort.	Geb n. beob.	Wegen Blutung nach vergebl. Expr. man. Lösg. 2 St. p. p Plac. vollständig.	Am 4. Tage T. 38,7. Schmerz i. r. Parametrium. Vom 7. Tg ab fieberfrei. 3 Wochen zu Bett.	Menses nach 3 Mon. in gr. Pausen, schmerzlos. Retroflexio uteri.
12. 1115.	Lentzsch, 27, Ip.	Geb. n. beob. Meldung: Verzögerung der Geb. des 2. Zwillings.	Praktikant konstatiert Ovarialtumor, der Expr. unmögl. machte. Daher die gelöste Plac. manuell entfernt.	11 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 9 Wochen normal. Keine Beschwerden.
13. 1107.	Marlow, 33, VII p. 1 Querl. m. adhaerent. Placenta.	Geb. n. beob.	Expr. auch in Narcose vergebl. Daher $2^1/_2$ St p.p. man. Lös. Plac. fest adhaerent, muss stückweise entfernt werden.	2 Tag: T. 39,2 P. 140. Schüttelfrost. Wird in d. Klinik gebracht, wo sie am 9. Tage unter peritonit. Erscheing. stirbt.	Sectionsbefund: Lymphang. purul. Parametritis dupl. Peritonit. diffusa, fibrinosa, purulenta. Nephr., Hepatitis. Hypertrophia lienis.
14. 1065.	Blumenroth, 24, III p. 1 Abort.	Gemini I. Schädellage, spont II. Fusslage, extrahiert.	Blutung p. p. Expr. auch in Narcose vergebl. Man. Lös. Plac. in d. r. Tubenecke fest adhaer.	4 Wochen zu Bett. Vom 2. Tage an T. über 38° bis zum 23. Tage. Am 3. Tage Parametritis und Endom. Daneben Pleuritis u. Affect. apic. pulm.	Menses nach 5 Mon (stillte), jetzt normal. Keine Beschwerden.
15. 1038.	Mehl, 34, VI p. 2 Aborte, 3 norm. Geb. jedesmal Ret. plac.	Geb. n. beob.	Sehr starke Blutung. Plac. folgt zum grossen Teil einer starken Expr., ist aber tief eingerissen. Reste man. gelöst.	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 2 Mon. norm. Keine Beschwerden.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
16. 866.	Galinowski, 26, III p.	Geb. n. beob.	Blutung. Expr. vergebl. 3 St. p p. man. Lös. der Plac Frau sehr anaemisch.	14 Tage, fieberfrei. (Nur am 3. Tage T. 38,1 P. 120).	Br. Menses nach 5 Mon. (stillte). norm. Zeitweise leichte Unterleibsschmerzen. Gravid. mens. II.
17. 861.	Kunert, 24, II p. 1 Frühgeb. v. Gemini.	Querlage, Wendung.	Da Expr. auch in Narcose vergebl., nach 2½ St. man. Lösg. der Plac.	9 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 5 Wochen, norm. Am 4 3. 95 norm. Geburt.
18. 818.	Sawada, 38, X p. 1 Abort.	Steisslage. Kind abgestorben. Uterus bifundalis.	Expr. nach 3 St. auch in Narcose vergebl. Daher Plac., die im r. Horn sass, man. gelöst. Intra part. T. 38,7 P. 112.	Am 5. Tage T. 38,9 P. 120 2 Schüttelfröste, Abd. empf. Erbrechen. Am 9. Tage Icterus, am 10. Tage Exitus.	† an Sepsis. Section verweigert.
19. 742.	Janel, 33, VII p. Bei den 2 letzten Geb. man Lös.	Geb. n. beob.	Plac. unvollst Blutung, daher man. Entfernung d. Reste.	5 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen. norm. keine Beschwerden. Gravid. mens. III.
20. 724.	Scholz, 22, II p.	Geb. n. beob.	Starke Blutung Ohnmacht. Credé. Auch in Narcose vergebl. Man. Lös. Kochsalzinfus.	6 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen, norm. Keine Beschwerden.
21. 702.	Schedletzky, 34, VII p. Bei d. 5. Geb. man. Lös.	Geb. n. beob.	Mässige Blutung, Expr. auch in Narcose vergebl. man. Lös. 2½ St. p. p.	8 Tage, fieberfrei.	Menses nach 9 Wochen. norm. Mai 1895 norm. Geb. ohne Nachgeburtstörungen.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
22. 677.	Weber, 38, XIV p; 5 Ab.	Steisslage, Extraction.	Credé auch in Narcose vergebl. Weg. Blutung man. Lös.	10 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 5 Wochen, norm. Keine Beschwerden.
23. 675.	Gallinski, 24, I p.	Geb. n. beob.	starke Blutung; 2 Std. p.p. man. Lös.		† 1½ Std. nach d. man Lös. infolge der Anaemie.
24. 120.	Körner, 31, III p. 1 Frühgeb., II Mon., einmal Gemini.	Geb. n. beob.	Starke Blutung. Auf Credé folgt Plac unvollständig; der zurückbleibende Teil man. gelöst. Kochsalzinfusion.	Am 3. u. 4. Tage leichtes Fieber, infolge der am Arm entstandenen Abscesse. Am 15. Tage aufgestanden. 3 Tage darauf T. 39,3 P. 140. Nach 4 Wochen normal.	Br. Menses nach 4 Mon. zieml. regelm. Keine Beschwerden.
25. 610.	Stubert, 31, III p.	Geb. n. beob.	Starke Blutung; hochgradige Anaemie und Lufthunger. Ein Teil der Placenta ragt in die Scheide, der andere man. gelöst.		† Trotz Excitantien 2 Std. nach d. Lösung an den Folgen der Anaemie.
26. 583.	Brosowski, 44, VI p.	Schädellage, Wehenschwäche, Wendung, Extraction, Perfor. des folgend. Kopfes.	P. p. starke Blutung ex atonia uteri. Plac. man. entfernt, heisse Uterusausspülungen, Ergotin.	3 Wochen; fieberfrei.	Nicht mehr zu ermitteln.
27. 577.	Klauenberg, 31, IX p., 2 Ab.	II Schädell. spontan.	Starke Blutung. Plac. auf Credé nicht zu entfernen man. Lösung der abnorm festgeschw. Plac.	17 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 7 Wochen norm. Später Abort von III Mon.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
28. 528.	Lunow, 39, VIII p., 1 Abort, einmal Gemini.	Geb. n. beob.	Starke Blutung, Ohnmacht, man. Lös.	11 Tage, fieberfrei.	Menses nach 2 Mon. norm. Keine Beschwerden.
29. 525.	Rünger, 40, III p.	Geb. n. beob.	Retention eines Cotyledo. man. Lös.	Am 2. Tage T. 38,1, P. 100, sonst norm.	Br. Befinden gut. Gravid. mens. V.
30. 518.	Hube, 30, I p.	Tiefer Querstand. Forceps.	Plac. nach 20 Min. auf Credé anscheinend vollständig. Es blutet mässig, auch den nächsten Tag; dann ein über apfelgrosses Stück man. gelöst.	12 Tage, fieberfrei.	Menses nach 7 Wochen, norm. Jetzt incontinentia urinae sonst keine Beschw.
31. 471.	Frl. Kunze, 20, I p.	Geb. n. beob.	Credé auch in Narcose erfolgl. Man. Lös. $2^1/_2$ Std. p.p.	3 Wochen, fieberfrei.	Menses nach 10 Wochen, regelm. aber zuweilen schmerzhaft.
32. 420.	Wenke, 36, VI p; 2 Geb. mit adhaer. Plac. 3 Aborte.	Gemini: der zweite in Querlage. Wendung.	Credé vergebl. auch in Narcose. Man. Lös. $2^1/_2$ Std. p.p.	8 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen norm. Keine Beschw.
33. 387.	Baganz, 34, V p.	Geb. n. beob.	Blutung. Expr. auch in Narcose vergebl. Man. Lös.	14 Tage, fieberfrei. Grosse Schwäche.	Menses nach 10 Wochen, norm. Gravid. mens. V.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
34. 362.	Gennerich, 27, I p.	In der letzt. Zeit d. Grav. Blutungen. Plac. praev. lat. Stirnlage, die in Gesichtslage umgew. wird.	25 Min. p p. Plac. auf Credé entfernt. 1 Cotyledo blieb zurück. Starke Blutung; man. Lös.	4 Wochen, fieberfrei (nur am 4. Tage T. 38,4, P. 110).	Menses nach 11 Mon. (stillte). Seit d. Geb. Ausfluss (Gonorrhoe), leichte Kreuz- und Unterleibschmerzen. Kleiner Cervixriss; leichtes Ektropium.
35. 359.	Cichoracki. 30, VII p 2 Aborte.	Geb. n. beob.	Blutung, Anaemie. Credé vergebl. Man. Lös. Ergotin Aether, Kochsalzinfus.	Die ersten 4 Tage Fieber 38, dann norm. 2 Wochen zu Bett.	Am 4. 2. 95 Geb. eines unreifen Kindes von 8 Mon. wieder Man. Placentarlös. seitens d. Poliklinik.
36. 305.	Gaukstenn, 24, II p.	Schädellage, spontan.	Starke Blutung; Credé vergebl. man. Lös. nach $1^1/_2$ Std.	12 Tage, fieberfrei.	Nach Ber. d. Heb. keine Unterleibsschm. † nach $^3/_4$ Jahr an Lungenschwinds.
37. 256.	Dörr, 29, II p.	Geb. n. beob.	Zurückgebl. Placentarteile man. gelöst.	9 Tage, fieberfrei.	Befinden sehr gut. Gravid. mens. VII.
38. 209.	Müller, 32, IV p.	Geb. n. beob.	Starke Blutung; man. Lös. 2 Std p. p.	10 Tage, fieberfrei.	Menses reichlich, alle 3 Wochen 5 Tage. Mitunter Schmerzen in der l. Seite. Unters. erg. Perimetritis.
39. 148.	Lilie, 25, II p.	Geb. n. beob.	Blutung, trotz anschein. vollst. Plac. Anaemie, Aether. man. Lös. einer handtellergr. Plac. succenturiata.	3 Wochen, fieberfrei	Menses nach 3 Mon. (stillte), reichlich. Keine sonst. Beschw.
40. 137.	Schmolke, 29, IX p.	Geb. n. beob.	Retent. von Placentarresten. man. Lös.	14 Tage, fieberfrei.	Menses n. 8 Wochen, norm. Später Abort. mens. VI.
41. 132.	Frl. Kösling, 22, I p.	Schädellage. Wehenschwäche infolge Phthise. Perfor.	Credé nach 2 Std. vergebl. Blutung. 3 Std. p. p. man. Lös.	Vom 2 Tage an Fieber, das von den Lungen ausgeht, wo der Prozess riesige Fortschritte macht.	† nach 1 Mon. infolge Tubercul. pulmon.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
42. 128.	Pommerenius, 33, IV p. 1 Ab.	I Schädell., Plac. praev. centr. Wendung. Extr. des toten 8 monatl. Kindes.	Blutung, Plac. man. gelöst	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 3 Mon., norm. Abort am 19. 3. 95.
43. 3.	Wolffs, 20, I p.	I Schädellage, Wehenschwäche.	Credé nach $^1/_2$ Std. vergebl. Blutung, Anaemie, man. Lös.	14 Tage; am 2. u. 3. Tag T. 38 P. 110, sonst norm.	Menses nach 10 Wochen, norm. 13. 12 94. Geb. eines reifen Kindes. Wieder man. Placentarlös.
44. 2484.	Nowaweska, 37, II p.	I Schädellage, vor der Geb. Blutungen.	15 Min. p. p. Plac. expr. Von ihr geht eine strangart. Fortsetzung in d. Uterus. Vergebl. Expr. Uterus füllt sich mit Blut. Collaps. Man. Lös. einer handtellergr. Plac. succent.	20 Tage, fieberfrei.	Menses nach 7 Wochen, etw. unregelm. Keine Beschw.
45. 2482.	Otto, 38, X p.	Geb. n. beob.	Plac. unvollst. Blut. Entf. von Plac.-Resten.	12 Tage, fieberfrei.	Nicht mehr zu ermitteln.
46. 2445.	Koschnik, 27, II p.	Geb. n. beob.	Blutung infolge von Ret. von Placentarresten. Man. Lös.	14 Tage, die ersten 2 T. über 38°, sonst fieberfrei.	Menses nach 8 Wochen norm. Keine Beschw. 23. 1. 94. norm. Geb.
47. 2434	Kolwitz, 26, III p.	Geb. n. beob.	2 Std. p. p. Credé in Narcose vergebl. man Lös.	13 Tage, fieberfrei.	Menses bisher noch nicht eingetreten; sonst keine Beschw. Unters. erg. Atrophie d inn u. äuss. Genital.
48. 2370.	Bjick, 25, I p.	II Schädellage, Plac. praev. Wendung.	Blutung trotz kontrah. Uterus. Expr. Plac. 1 Cotyledo sitzt fest an der hint. Wand und wird mit Mühe man. gelöst.	Am 3. bis 6. Tage Fieber über 38°; Objekt. nichts nachzuweisen. Vom 7. Tage an fieberfrei.	Nach Ber. d. Heb. späteres Bef. u. Mens. norm.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
49. 2325.	Mertens. 32, IIp. 1 Ab.	I Schädellage, Forceps weg. Wehenschw. Kind tot, übelriechend. intra part. T. 38,6, P. 90.	2 Std. p. p. Credé auch in Narcose vergebl. Man. Lös.	2. Tag T. 37,8 P. 130 Bronchitis, 3. Tag T. 38,4 P. 108, 6. Tag T. 39,3 P. 120, 7. Tag 38,9, P. 114. Parametritis dextr. Maniak. Delirien. Angehörige nehmen andere Hülfe in Anspruch.	† an Sepsis.
50. 2274.	Lauterbach, 32, IIIp.	Geb. n. beob.	Starke Blutung. Collaps; Credé vergebl. Man. Lös. ohne Narcose.	14 Tage, fieberfrei.	Menses nach 5 Wochen, norm. Keine Beschw. Gravid. mens. II.
51. 2251.	Girtz, 35, Vp. 2mal man. Lös. Nach d. vorletzten Curettement.	Querlage und Nabelschnurvorfall. Wendung.	P. p. Atonia uteri, schwindet auf 3 Spritzen Ergotin. Da Expr. vergebl. man. Lös. nach 3 Std. Uterus bifundalis.	14 Tage. fieberfrei.	Menses nach 4 Wochen, norm. Keine Beschw.
52. 2249.	Grüneberg, 29, IIp.	Geb. n. beob.	Expr. Plac. Abends ein zurückgebl. Cotyledo entfernt.	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen. norm. Keine Beschw. 14. 3. 95 norm. Geb.
53. 2215.	Reinke, 33. Vp. 1 Hydroceph., 1 Gemini, 1 Ab.	Schieflage, Wendung. Dabei plötzlicher Collaps. Extraction.	Credé auch in Narcose vergebl. Man. Lös. nach $^3/_4$ Std		† $2^1/_2$ Std. p. p. an innerer Verblutung, Section ergiebt perforier. Uterusruptur.
54. 2192.	Liebich, 39, Xp. 4 Ab.	II Schädellage: Plac. praevia. Wendung.	Expr. nach $^3/_4$ Std. vergebl. Blutung, starke Anaemie. Man. Lös. ohne Narkose.	Vom 2. Tage an hohes Fieber, am 3. Tage T. 40,1°, P. 132, bis zum 6. Tage über 39°. Keine peritonit. Erscheinungen, keine Schmerzhaftigk. d. Parametrien. Vom 28. Tage an T. norm. 10 Wochen zu Bett.	Menses nach 3 Mon., reichl. ohne Beschw. Jetzt ganz gesund; keine Klagen.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
55. 2185.	Lubiano, 20, II p.	Geb. n. beob.	9 Tage p. p. starke Blutung. Frau sehr anaemisch. Man. Entfernung zahlreicher Placentarstücke. T. 35,5, P. 120.	2 Tag T. 38,2, P. 100, 3. Tag T. 37,6, P. 110, dann norm. 14 Tage zu Bett.	Menses nach 2 Mon., norm., keine Beschw. Gravid. mens. VIII.
56. 2182.	Krause, 32, IV p. 3 Frühgeb., bei den 2 letzten man. Lös.	Geb. n. beob.	Starke Blut. Uterus bifund Credé auch in Narcose vergebl. Man. Lös. Feste Stränge zw. Plac. u. Uteruswand.	Vom 2. Tage an Fieber über 39°. Ausfluss stets übelriechend. Am 6. Tage Schüttelfrost, ebenso am 8. Überführung in d. Klinik. Am 20. Tage parametranes Exsudat. Am 29. Thrombose der l. Schenkelvene. Am 36. Exitus.	† an Pyaemie. Sectionsprotocoll: Thrombophlebit. spermat. dextr. pur. Endocardit. mitr. verruc. et ulceros. Myocardit. interstit. et parenchym. Pneumonia abscedens Pleuritis adhaesiva. Nephritis parenchym. et interstit. atroph.
57. 2150.	Wollwage, 26, V p. Bei d. letzt. Geb. man. Lös.	Geb. n. beob.	Blutung. Credé auch in Narcose vergebl. Man. Lös. 1 apfelgr. Cotyledo bes. entfernt.	6 Tage, fieberfrei.	Menses nach 8 Wochen, norm. Keine Beschw. 13. 10. 94 norm. Geb. wieder man. Lös.
58. 2122.	Flugradt, 35, I p.	II Schädellage. Forceps weg. Wehenschw.	1 Std. p. p. Credé in Narcose; Plac. folgt schwer. 1 Cotyledo man. entfernt. V 38,5, P. 120.	2. Tag T. 38,1, P. 100, sonst fieberfrei; 8 Tage zu Bett.	Menses nach 7 Wochen, norm. Keine Beschw.
59. 1845.	Hoffmann, 37, III p. 1 mal Gemini.	Geb. n. beob.	Blutung, Credé vergebl., auch in Narcose. Man. Lös.	8 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen, norm. Gravid. mens. IV.
60. 1832.	Galenbeck, 35, VIII p. 3 Ab.	Geb. n. beob.	Nach 2½ Std. ist ein Teil d. Plac. vor der vulva, der andere auch in Narcose nicht zu expr., daher man. entfernt.	7 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 7 Wochen, norm. Keine Klagen.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
61. 1751.	Daberkow, 29, Vp: 1 Ab. Lues.	Schädellage, Wehenschw.	Plac. durch Credé in Narcose expr. Zurückgeblieb Placentarteile man. entf.	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 8 Wochen, norm. Gravid. mens. IX.
62. 1740.	Schindler, 25, IIp. 1 Ab.	Schädellage, Forceps.	Plac. vollständig adhaerent, daher nach vergebl. Expr. man. Lös.	4. Tag, T. 38,4 P. 112. 5. Tag. T. 40.4 P. 136. P. wendet sich an prakt. Arzt. 3 Wochen im Bett, keine Unterleibsschmerzen.	Menses nach 6 Wochen, norm. Keine Beschwerden. Gravid. mens. IV.
63. 1700.	Frl. Strauss, 21, I p.	I Schädellage, Plac. praevia.	Blutung, Expr. Plac. 1 Cotyledo man. entfernt.	Vom 2. Tage an Fieber über 38,5. Am 8 T. 40,0 P. 120: Abdom. schmerzhaft. 18. Tag: Thrombose d. l. Beins. 25. Tag: Bein norm. 26 Tag: T. 39,1 P. 120. Nur noch eine kleine Stelle im l. Parametrium schmerzhaft. Vom 27. Tage ab dauernd fieberfrei.	Menses nach 12 Wochen, unregelmässig Jetzt Schmerzen in der l. Seite u. im Kreuz u. Menorrhagieen. Es besteht Endometritis haemorrhagica, Catarrhus cervicis, Perioophoritis sin., Parametritis post.
64. 1455.	Fischer, 39, V p. 1 Frühg.	Geb. n. beob.	Blutung. Credé vergebl. man Lös. Darauf aton. Blutung.	10 Tage, fieberfrei.	Br. Fühlt sich gesund u kräftig.
65. 1389.	Richter, 31, V p. 2 Ab	Gemini. Geb. n. beob.	Blutung, Credé auch in Narcose vergebl. Man. Lös. der II. Plac. nach 1½ St.	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 8 Wochen, norm. Später Abort mens. IV.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
66. 1366.	Reuter. 32, IV p. 2 mal man. Lös.	Geb. n. beob.	Starke Blutung, Credé vergebl. Sehr schwere man. Lösung.	7. Tag T, 39,3 P. 124. l. Parametrium schmerzhaft. Geht in Behandl. d. Kassenarztes. 9 Wochen zu Bett.	Menses nach 10 Wochen, norm. Zuweilen unbedeut. Schmerzen in beiden Seiten Es besteht eine kleine parametrit. Schwiele, die d. Uterus nach l. fixiert. sonst norm.
67. 1308.	Franja, 32, VIII p. 2 Ab.	Schädellage, Wehenschwäche.	Credé vergebl. Starke Blut. Anaemie. Plac. teilweise gelöst in d. Scheide. Der Rest man. ohne Narcose gel.	9 Tage, fieberfrei.	Br Menses nach 8 Mon. (stillte) norm. Juni 94 Abort 2 Mon.
68. 1297	Folger, 21, I p	Geb. n. beob.	Starke Blutung, Credé vergebl. Man. Lös.	Bis zum 7 Tage T. über 38. Dann fieberfrei, erholt sich gut.	Menses. nach 8 Wochen, norm Keine Beschwerde.
69 1163.	Pilz, 22, III p 1 Ab.	Geb. n. beob.	Starke Blutung, Credé vergebl. Man. Lös. ohne Narcose.	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 5 Mon. norm. Dez 94 norm. Entb.
70. 1125.	Rusch, 24, III p. 2 Ab.	Fusslage.	p.p. Uterus weich, keine Blutung, Credé nach 2 St. auch in Narcose vergebl. Man. Lös.	8 Tage, fieberfrei.	Menses nach 2 Mon. norm. Keine Beschwerden. Abort 5 Mon.
71. 1113.	Schluckebier, 38, XII p. bei d. letzten Geb. man. Lös.	Geb. n. beob.	Blutung, Credé vergebl. Man. Lös.	7 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen, norm. 21. 8. 95 Abort 6 Mon.
72. 1108.	König, 37, III p. 1 Ab. 1 Gemini	Geb. n. beob. faultotes Kind von 8 Mon	Plac. im äusseren Mm. eingeklemmt, herausgeholt.	4 Tage, fieberfrei.	Menses nach 4 Wochen, norm. 21. 8 94 norm. Geb
73. 1063.	Standt, 27, I p.	Geb. n. beob.	Expr. auch in Narcose vergebl. man. Lös. 2 St. p. p.	8 Tage, fieberfrei.	Br Menses norm. Mai 95. norm. Geb. ohne Nachgeburtsstörungen.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
74. 1058.	Gromm, 26, IV p.; 1 Ab.	Geb. n. beob. Kind VIII Mon.	Blutung durch partiell adhaer. Plac. man. Lös.	6 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 7 Wochen, unregelm. Keine Beschw. Gravida.
75. 1043.	Krause, 37, I p.	Geb. n. beob.	2½ Std. p.p. nach vergebl. Expr. man. Lös.	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen, norm. Keine Beschw.
76. 1022.	Spill, 27, I p.	Geb. n. beob.	Blutung; Credé vergebl Man. Lös. 3 Std. p p.	26 Tage, fieberfrei; sehr schwach gewesen.	Menses nach 4 Mon. norm. 8. XII. 94 norm. Geb. ohne Nachgeb. Störungen. Jetzt gravid. mens. II.
77. 1013.	Ermrich, 28, VIII p.; 1 Ab. mehrmals. man Lösung.	Geb. n. beob.	Blutung; Credé auch in Narcose vergebl. Man. Lös. 2 Std. p.p.	6 Wochen zu Bett wegen grosser Schwäche. Die 2 ersten Tage T. über 38°, dann norm.	Menses nach 10 Wochen, schwächer als vorher. Zuweilen Kreuzschmerzen. 1894 2 Aborte. Jetzt im Cervix 2 Narben; die r. reicht bis ins Parametrium u. ist schmerzh.
78 1006.	Herzog, 31, V. p., bei d. 3 letzt. Geb. man. Lös.	Geb. n. beob.	Starke Blutung; Credé vergebl. Man. Lös.	14 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 8 Wochen, norm. Keine Beschw.
79. 1001.	Glinke, 36, VII p.; 4 mal man. Lös.	Geb. n. beob.	Starke Blutung; Credé vergebl. Man. Lös.	14 Tage, fieberfrei	Menses nach 4 Wochen, norm. Keine Beschw.
80. 978.	Günther, 28, III p.	Schädellage; Forceps weg. Wehenschw. Nabelschnur nur 32 cm.	Blutung; Credé vergebl. Man. Lös. Darauf aton. Blutung, die durch Ergotin u. Massieren stand.	14 Tage, fieberfrei.	Menses nach 10 Wochen, etwas stärker als vorher, sonst norm. Keine Klagen.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
81. 902.	Tacke, 43, XIII p.; 1 Ab. 6 mal man. Lösung.	Geb. n. beob.	Starke Blutung; Credé vergebl. Man. Lös.	4 Wochen, fieberfrei.	Menses nach 8 Wochen, norm. Keine Klagen.
82. 842.	Karge, 27, II p.	Geb. n. beob.	Ret. eines Plac.-Restes. Man. Lös.	14 Tage, fieberfrei.	Menses nach 3 Wochen, zieml. unregelm. Einige Zeit Fluor albus, jetzt keine Klagen.
83. 832.	Krug, 27, V p.; 1 Ab.	Geb. n beob.	Blutung; Credé vergebl. Man Lös.	10 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 7 Mon. (stillte), norm Gravid. mens. IV.
84. 832.	Schaefer, 23, I p.	Schädellage, spontan.	Plac. nach 1/4 Std. expr. atonische Blutung., man. Entfernung von Plac.-Resten.	Am 4. Tage angebl. Fieber, sonst norm. 15 Tage zu Bett.	Br. Menses nach 5 Mon, norm. 1. II. 94 norm. Geb.
85. 826.	Kuhl, 30, I p.	Schädellage, spontan, Wehenschwäche.	Credé nach 1 Std. vergebl. Blutung; man. Lös. ohne Narcose.	14 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen, spärlich. Keine Klagen.
86. 806.	Balinsky, 42, XIII p.	Schädellage.	P.p. starke aton. Blutung, man. Lösung.		† 3 Std. p.p. an Anaemie.
87. 775.	Gentzsch, 24, III p., 2 man. Lös.	Gemini, spontan.	Nach 1 Std. auf forciert. Credé Plac. teilweise geboren, zugleich äusserst starke Blutung. Daher man. Lös. ohne Narcose.	12 Tage, fieberfrei. Bis in die 10. Woche schwache Nachblutungen.	Menses nach 4 Mon. sehr stark. Ab und zu Kreuzschmerzen.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
88. 702.	Kuhnert, 24, IIp, 1mal man. Lös.	Geb. n. beob.	Blutung, wegen Ret. von Placentarresten; man. Entfern. ders.	6 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 6 Wochen, norm. Keine Klagen.
89. 672.	Hanisch, 31, VIIIp., 1 Ab.	Geb. n. beob.	Starke Blutung, Credé vergebl. Man. Lös. 2 Std. p. p.	10 Tage zu Bett, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen, norm. Ab. mens. V.
90. 662.	Frl. Rehbein, 22, Ip.	Schädellage, Wehenschw.	Blutung ex atonia, Credé vergebl. Reiben d. Uterus. Nach 3 Std. kommt d. Placenta, aber unvollst. Der Rest man. entf.	Am 8. Tage übelriechender, blutiger Ausfluss T. 38,6, P. 100. Sonst norm. 14 Tage zu Bett.	Nach Ber. d. Heb. späteres Bef. u. Menses norm.
91. 622.	Schaefer, 27, IIp.	Geb. n. beob.	$2^1/_2$ Std. p. p. man. Lös., da Credé auch in Narcose vergebl.	In den ersten 8 Tagen Abendtemp. etw. über 38. Schlaflosigk., Kopfschmerz Angina follicular. Vom 10. Tage an norm. 3 Wochen zu Bett.	Nach Angab. d. Heb. Menses norm. Leidet noch an Anaemie und Kopfschmerzen.
92. 605.	Damian, 40, VIIIp. bei d. letzt. Geb. man. Lös.	Geb. n beob.	Starke Blutung, Credé vergebl. Man. Lös.	14 Tage, fieberfrei.	Menses nach 3 Mon., norm. Keine Klagen.
93. 583.	Petri, 34, Ip.	Geb. n. beob.	Starke Blutung. Expr. vergebl. Man. Lös. $2^1/_2$ Std. p. p.	14 Tage, fieberfrei.	Menses nach 6 Wochen, regelm., aber etw. spärlicher. „Nie so gesund gewesen, wie jetzt.“
94. 576.	Seeger, 20, Ip.	Geb. n. beob.	Blutung weg. Retent von Placentarrest. man. Entfern.	14 Tage, fieberfrei.	Br. Menses nach 6 Wochen, norm. 24. 12. 94 norm. Geb.

Lauf. u. J.-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geb.	Geburtsverlauf.	Nachgeburtsperiode.	Wochenbett.	Späteres Befinden.
95. 573.	Rosenbahn, 26, Ip.	Schädellage. weg. Fieber (T. 39,5, P. 150) durch Forceps beend. Vorher Incis. in d. Mm. Dauer d. Geb. 8 Tage.	Starke Blutung, ein Teil d. Plac. kommt auf Druck, der andere man. gelöst. Gleich darauf Schüttelfrost, T. 39, P. 110.	3. Tag T. 39,7, P. 140. Leib aufgetrieben, überall schmerzh. Beide Schultergelenke etw. schmerzh. 4. Tag Aufnahme in d. Klinik.	† am 7. Tage p. p. an Septico Pyemie Sectionsbericht: Endometrit. puerp. gangr. Thrombo-Phlebit spermat. et placent putrid. Nephritis purul embol. Pneumon. embol. apostem. Pleurit. purul. Pelveo-Peritonitis fibrino-purul.
96. 514.	Werner, 23, Ip.	Geb. n beob.	Sehr starke Blutung, man. Lös. 1½ Std. p. p.	7 Tage, fieberfrei	Menses nach 3 Mon, anfangs sehr stark, später norm Keine Schmerzen. 1. 4. 94 norm. Geb. ohne Nachgeburtsstör.
97. 505.	Lehmann, 34, Vp.	Geb. n. beob.	Nach 3 Tagen Blutung, ein Cotyledo man. gelöst.	8 Tage, fieberfrei.	Menses nach 3 Mon. norm. Keine Klagen.
98. 504.	Steidelmüller, 34, Vp; 1mal man. Lös.	Querlage, Wendung, Extraction.	Plac. kommt auf Credé nicht vollst. Ein Rest muss man. gelöst werden.	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 7 Wochen. norm. Später wegen Ausfluss u. Seitenschmerz. poliklin. behandelt. Abort II Mon. Jetzt keine subj. Beschw. Perioophoritis dupl. Catarrhus Cervicis.
99. 447.	Hermann, 28, Xp., 3 Ab. 1 Traubenmole.	Geb. n. beob.	Nachts starke Blutung, einige Cotyledonen man. entfernt.	10 Tage, fieberfrei.	Menses nach 4 Wochen, unregelm. Starker Fluor Sterilität Endometritis haemorrrhag Catarrhus Cervicis.
100. 387.	Geissler, 27, VIIIp., 2 Ab.	Gemini, spontan.	Blutung. Da Credé auch in Narcose vergebl. man. Lös. nach 3 Std.	12 Tage, fieberfrei.	Nicht mehr zu ermitteln.

Diese 100 Placentaroperationen fallen auf die Zeit vom 3. III. 93 — 30. IX 94; und zwar gehören die Fälle 1–43 dem Jahre 1894, die anderen 1893 an, In dieser Zeit wurden in der geburtshilflichen Poliklinik 4052 Fälle behandelt; davon waren aber nur 2469 Geburten vom VIII. Monat an, die uns ja, wie oben ausgeführt, hier allein interessieren. Mithin würden auf 100 Geburten ca. 4 Placentarlösnngen kommen. Diese hohe Ziffer erklärt sich sofort daraus, dass in 58 Fällen die Geburt nicht beobachtet, sondern die Hilfe der Anstalt ad hoc in Anspruch genommen wurde. Mithin betragen die auf Rechnung der Poliklinik kommenden Placentaroperationen 1,7 % der Geburten. Diese Zahl ist ziemlich übereinstimmend mit anderen poliklinischen Veröffentlichungen. So berechnet Gossmann [13]) aus 4000 Privatgeburten eine Frequenz von 2,1 %; Hegar [2]) aus der Summe der Geburten im Grossherzogtum Baden während der Jahre 1873-77 1,2 %, 1883-97 aber 2,3 %. Auffallend hoch sind dagegen die Zahlen von Freund [14]) (Strassburger Poliklinik), 12,5 % (allerdings ist hier nicht zwischen Aborten und reifen Geburten unterschieden), und Orthmann [15]) (Martin'sche Poliklinik) 6,1 %. Dass in Kliniken der Procentsatz von Placentarlösungen geringer ist, ist oben ausführlich begründet worden. Vergleichsweise mögen einige Zahlen nach Gossmann angeführt werden: Dresdener Entbindungsanstalt 0,16%, Münchener 0,23 %, Wiener 0,37 %.

Es ist hier der Ort darauf hinzuweisen, dass leider eine grosse Zahl von manuellen Placentarlösungen unnötigerweise gemacht werden, sehr oft als „Luxusoperationen," um die wegen vorhergegangener Operationen eingeleitete Narcose mitzubenutzen. Das illustrieren trefflich die von Hegar angeführten Zahlen. Denn die Zunahme der Placentaroperationen in den Jahren 1883 - 87 gegenüber 1873 - 77 ist direkt proportional der Erhöhung der Operationfrequenz. Unter unsern 100 Fällen ist 16 mal die Geburt operativ beendet worden, abgesehen von der etwa notwendigen manuellen Hilfe bei Beckenendlagen.

Oft werden auch, wenn die Anamnese schon frühere Placentarlösungen ergiebt, in zu grossem Vertrauen auf die Angaben der Patienten die Expressionsversuche nicht intensiv und lange genug betrieben und alsbald die manuelle Entfernung angewandt. Dass aber frühere Placentarlösungen keinen sicheren Schluss auf den Verlauf der folgenden Geburten gestatten, geht ja deutlich aus der Tabelle hervor, denn 11 Frauen machten nachher ganz normale Geburten ohne Nachgeburtsstörungen durch. Es muss dies besonders betont werden, weil die Operation, wie noch gezeigt werden soll, in der That sehr gefährlich ist.

Schliesslich wird auch die manuelle Placentarlösung mitunter vorgenommen, bevor die weniger eingreifenden Mittel alle erschöpft sind. Besonders gilt dies von mässigen Blutungen, die aber sehr wohl durch äussere Massnahmen, namentlich Reiben des Uterus beherrscht werden können. In anderen Fällen ist wieder längeres, geduldiges Abwarten Pflicht des Arztes, natürlich, wenn keine unmittelbare Gefahr droht. Sehr wichtig für die Verhütung der Placentarretententionen ist aber auch die sachverständige Ausführung des Credé'schen Handgriffes; denn wie Freund[14]) sehr richtig bemerkt, ist es manchmal „technisch unmöglich den Mutterkuchen aus dem durch eine planlos forcierte, unzeitige Reizung zu ganz abnormen Kontraktionsverhältnissen gebrachten Uterus herauszubefördern.“ Gelingt der Credé'sche Handgriff trotz mehrfacher Bemühungen nicht, so ist er unter allen Umständen in Narcose zu versuchen. Wenn dadurch die Bauchdecken erschlaffen, der aktive und passive Widerstand der Frau gegen den schmerzhaften Druck aufhört, und etwaige Stricturen gelöst werden, so ist es sehr oft noch möglich von dem gefährlichen innern Eingriffe abzustehen. Dieser modus procedendi, der stets in unserer Poliklinik befolgt wurde, ist nach meiner Auffassung eminent wichtig und sollte überall acceptiert werden. Contraindicationen sind nur sehr hohe Grade von Anaemie infolge des starken Blutverlustes und solche eilige Fälle, wo die Zeit dazu fehlt. Nach diesen Ausführungen ist es geradezu unverständlich, wenn Gossmann behauptet, das der Credésche Handgriff in Narcose keine Vorteile bietet. Wie aus den poliklinischen Journalen hervorgeht, ist während des erwähnten Zeitraumes in einer grossen Zahl von Fällen (ca. 70) die manuelle Lösung nur auf diese Weise vermieden worden.

Betrachten wir nunmehr die Indicationen, die den Anlass zur manuellen Placentarlösung geben, so sind alle 3 Abteilungen des obigen Schemas vertreten. In der Praxis kommen dieselben freilich nicht immer isoliert vor, sondern sind oft mit einander verbunden, z. B. Blutungen bei Retention von Placentarstücken, Blutungen nach längerer Zeit (Spätblutungen), sodass eine genaue Registrierung der Fälle nicht immer möglich ist.

Die meisten der 100 Placentaroperationen wurden wegen Blutungen in der Nachgeburtsperiode ausgeführt, nämlich ca. 60. Das ist ja auch die Indication, die stets, selbst von den enragiertesten Vertretern der exspectativen Methode, für zureichend erklärt wurde. Und in der That ist hier die manuelle Placentarlösung das einzige Mittel die Frau oft einem sicheren Tode zu entreissen. Damit ist natürlich nicht

gesagt, dass bei jeder Blutung gleich in den Uterus eingegangen werden soll, sondern es muss noch einmal betont werden: die intrauterine Lösung ist das ultimum refugium, wenn Expressionsversuche auch in Narcose vergeblich waren.

Zu lange Dauer der Nachgeburtsperiode gab die Indication zum Einschreiten bei ca. 20 Fällen ab. Hier liegt die Sache nicht so einfach wie bei den Blutungen, wo ja der Grad der Anaemie einen gewissen Anhaltspunkt liefert. Denn die Frage, wann auf eine spontane Lösung nicht mehr zu rechnen ist kann überhaupt nicht sicher beantwortet werden. Um diesen Punkt dreht sich ja auch hauptsächlich, wie wir gesehen haben, der Jahrhunderte lange Streit zwischen der exspectativen und aktiven Richtung.

Die Lösung der Placenta erfolgt, wie jetzt sicher festgestellt ist, durch die Nachwehen und ist gekennzeichnet durch das Vorrücken der Nabelschnur und das Aufsteigen des Fundus über die Nabelhöhe. Bevor sie eingetreten ist, können Expressionsversuche keinen Erfolg haben. Diese normal nach $^1/_4$ — $^1/_2$ Stunde spontan beendete Lösung kann nun unterbleiben durch Atonia uteri und feste Adhaerenz der Placenta. Ist der höchste, aber überaus seltene Grad der Atonie vorhanden, so sind ausser einer abnormen Weichheit und dem Fehlen der zwei eben genannten Zeichen keine anderen Symptome vorhanden. Meist liegt aber die Sache so, dass die Placenta teilweise gelöst ist und der atonische Uterus nicht die Kraft zur Contraction und völligen Lösung der Placenta hat. Das sind die typischen Fälle von gewaltigen Nachgeburtsblutungen, die leider oft letal endigen; sie gehören somit zur ersten Rubrik und erfordern schleunige manuelle Lösung. Häufig aber auch wird die lange Dauer der Nachgeburtsperiode bedingt durch feste Adhaerenz der Placenta an die Uteruswand, deren Ursachen auch heute noch unbekannt sind; gewöhnlich werden entzündliche Processe zur Erklärung herangezogen. Hier kann der Mutterkuchen Tage lang im Uterus zurückgehalten werden. Schliesslich werden noch als Ursache für die Placentarretentionen gewöhnlich Innervationsstörungen des Uterus angeführt. Es bilden sich partielle Contractionen aus, sogenannte Stricturen, besonders am innern Muttermund; sie sollen aber auch an jeder anderen Stelle vorkommen. Hier kann die schon gelöste Placenta den Engpass nicht überwinden. Derartige, immerhin seltene Fälle sind z. B. 9 und 72. Hierher gehören auch die von Freund[4]) gut charakterisierten Fälle, wo durch unvernünftiges Drücken und Zerren am Uterus seine normale Contractionsfähigkeit vernichtet wird. Als Rarität möge noch Fall 12 angeführt werden, wo ein Ovarialtumor das

Umgreifen des Uterus und somit die Expression unmöglich machte; die Hebamme hatte nach der Klinik „II Zwilling“ gemeldet.

Wie dem auch sei, wenn nach ungefähr 2 Stunden kein Zeichen da ist, dass sich die Placenta gelöst hat, und wenn alle Expressionsversuche auch in Narcose vergeblich sind, hat der praktische Arzt das Recht in den Uterus einzugehen und die Placenta manuell zu entfernen. Dazu fordern einmal die Gefahren auf, die ein längeres Verweilen der Placenta im Uterus mit sich bringen kann, vor allem die Blutungen, die eintreten können, wenn vielleicht gerade keine Hilfe in der Nähe ist, und dann die eventuelle Zersetzung des Mutterkuchens mit nachfolgender Sepsis. Aber es nötigen dazu auch die äusseren Umstände. Man kann es von keinem Arzte und von keiner Hebamme verlangen, dass sie sich tagelang nur mit einer Kreissenden beschäftigen; und auch für diese und ihre Angehörigen ist das lange Warten „hangend und bangend in schwebender Pein“ nicht gerade zuträglich, zumal, wenn es sich um nervöse Personen handelt. In solchen Fällen also darf der Arzt nicht die Kreissende ohne genügende Aufsicht verlassen, sondern hat das Recht und die Pflicht der Sache ein Ende zu machen. Jedenfalls muss er aber gerade hier, wo nicht Blutungen zu grösster Eile drängen, sondern genügend Zeit vorhanden ist, auf das peinlichste aseptisch vorgehen.

Was schliesslich die Retention von Placentarstücken anbelangt, so gab dieselbe 25 mal die Indication zum intrauterinen Einschreiten ab. Darunter war allerdings 16 mal die Nachgeburtsperiode von der Hebamme geleitet und die Hilfe der Anstalt nur zu diesem Zwecke in Anspruch genommen worden. Das hauptsächlichste Symptom dieser Retention von Placentarteilen sind Blutungen, die oft erst spät auftreten, z. B. im Fall 55 nach 9 Tagen, aber auch fehlen können. Man wartet natürlich nicht diese Eventualität ab, sondern geht in den Uterus ein, wenn die Besichtigung Defekte im Mutterkuchen ergiebt, zumal gerade diese retinierten Stücke leicht der Fäulnis ausgesetzt sind. Hier sind auch die Placentae succenturiatae (Fall 39 u. 44) anzuführen, die recht gefährlich werden können. Denn da hierbei der Mutterkuchen vollständig erscheint, wird manchmal die Wöchnerin ruhig allein gelassen und bekommt dann möglicherweise eine starke Blutung.

Wir kommen nun zu den Gefahren der manuellen Placentarlösung und wollen zunächst die Mortalität nach dieser Operation an der Hand unserer Tabelle betrachten. Von den 100 Fällen endeten 12 letal, also eine sehr hohe Zahl. Indes bei näherer Betrachtung ergeben sich wesentliche

Einschränkungen. Zunächst ist Fall 8 auszuschalten, da der Exitus infolge eines Herzfehlers erfolgte. Das Obduktionsprotokoll giebt hier neben Anaemia universalis ein Vitium valv. Mitral. et Aort. an. Auch Fall 41 kann nicht mitgerechnet werden, denn die Betreffende litt schon seit langer Zeit an Lungenphthise, und im Wochenbett hatte der Process, wie gewöhnlich, riesige Fortschritte gemacht. Wenngleich eine Section nicht gemacht wurde, so ist sicher darin die Todesursache zu suchen, zumal abdominale Symptome vollkommen fehlten. Die Fälle 5, 23, 25, 86, wo hochgradiger Blutverlust die Todesursache war, können auch nicht das Konto unserer Operation belasten, denn hier trat ja der Tod nicht wegen, sondern trotz der manuellen Placentarlösung ein. Bei 53, wo die Section eine perforierende Uterusruptur mit Blutung in die Bauchhöhle ergab, ist jedenfalls die vorangegangene schwierige Wendung Schuld daran gewesen. Somit bleiben nur 5 wirklich giltige Fälle übrig, die alle an Sepsis starben; davon war aber dreimal (Fall 18, 49, 95) schon intra partum erhebliches Fieber vorhanden, so dass die Operation vielleicht nicht ausschliesslich die Schuld am unglücklichen Ausgange trägt. Dies gilt namentlich für Fall 49 u. 95. Bei 18 kam der betreffende Assistenzarzt direkt von einer Tympania uteri und musste trotz allen Sträubens die Placentarlösung machen, da keine andere Hilfe zu beschaffen war. Es liegt daher nahe, anzunehmen, dass trotz aller antiseptischen Massnahmen dadurch die Infection erfolgt ist. Fall 49 ist bemerkenswert wegen der maniakalischen Delirien, die am 7. Tage auftraten. Von den 5 septischen Fällen wurden 3 im Verlauf des Wochenbettes in die Klinik aufgenommen und post mortem seciert. Bei 13 fand sich: Lymphangitis purulenta, Parametritis duplex, Peritonitis diffusa fibrinosa purulenta, Nephritis, Hepatitis, Hypertrophia lienis, Anaemia universalis; bei 56: Thrombophlebitis Spermaticae dextrae purulenta, Endocarditis mitralis verrucosa et ulcerosa, Hydropericardium, Dilatatio ventriculorum, Myocarditis interstitialis et parenchymatosa, Pneumonia abscedens, Pleuritis adhaesiva, Hyperplasia lienis, Nephritis parenchymatosa et interstitialis atrophicans; bei 95: Endometritis puerperalis gangraenosa, Thrombo-Phlebitis Spermaticae et Placentae putrida, Nephritis purulenta embolica, Pneumonia embolica apostematosa, Pleuritis purulenta, Hyperplasia lienis, Pelveo-Peritonitis fibrino-purulenta. Bei 13 handelte es sich also um eine reine Septicaemie, bei den andern um eine Septico-Pyaemie. Die beiden letzten Fälle (18 u. 49) boten so typische Symptome, dass an der Diagnose Sepsis nicht gezweifelt werden konnte. Vergleichsweise fügen wir die Mortalitätsverhältnisse einiger anderer Statistiken hinzu,

deren grosse Verschiedenheit z. T. aus dem heterogenen Material zu erklären ist: Stumpf[3]) (Münchener Klinik) 28,5% (!) Ahlfeld[16]) 7,5%, Hegar[2]) (Geburten in ganz Baden) 3,6 — 6,9%, Gossmann[13]) 8%. Dem gegenüber stehen folgende ausgezeichnete Resultate: Freund[14]) (Strassburger Poliklinik) 0%, Orthmann[15]) (Martin'sche Poliklinik) 1,8%.

Wenden wir uns nun zur Morbidität nach Placentarlösungen, so ist es im praktischen Interesse geboten, hier einige Unterabteilungen zu machen. Ein vorübergehendes Fieber unter 39 ° wurde in 17 Fällen beobachtet. Indes darf man dies durchaus nicht immer der Placentarlösung zuschreiben, denn es ist ja bekannt, dass leichte Temperatursteigerungen im Wochenbette nicht zu den Seltenheiten gehören und durch alle möglichen Ursachen entstehen. So z. B. ist im Falle 29 das Fieber sicher auf die Abscesse zu beziehen, die sich an den Injectionsstellen gebildet hatten, bei 91 zweifellos auf die Angina follicularis. Anhaltendes Fieber über 39 ° mit Unterleibssymptomen fand sich, abgesehen von den 5 an Sepsis Gestorbenen, 8 mal. Im Fall 4 war der Unterleib am 3. Tage aufgetrieben und schmerzhaft, die Lochien stinkend; auch soll ein Schüttelfrost dagewesen sein; aber am 6. Tage war alles wieder normal; wahrscheinlich also eine leichte Parametritis. Diese war auch bei 13 und 14 vorhanden. Bei 48 und 54 war objektiv kein Grund für das Fieber nachzuweisen; 62 hatte schon intra partum T. 38 °, P 102, und entzog sich bald der weiteren Behandlung. Bei 63 handelte es sich um eine Perimetritis und Thrombose des l. Unterschenkels; bei 66 wieder um eine Parametritis. Diese Affektionen nahmen aber meist einen günstigen Verlauf. Wirklich anhaltende Beschwerden, die sich sicher auf die Operation zurückführen liessen, zeigten nur 3 Frauen. 63 klagt jetzt über unregelmässige Menses, Schmerzen in der l. Seite und im Kreuz. Die Untersuchung ergiebt Endometritis haemorrhag., Catarrhus Cervicic., Perioophoritis sin. und Parametritis post. Bei 66, die unbedeutende Schmerzen in der l. Bauchseite hat, ist der Uterus durch parametritische Stränge etwas nach links fixiert. 99 hat starken Ausfluss und wundert sich, dass sie nicht mehr concipiert; es findet sich bei ihr Endometritis haemorrhagica und Cervixkatarrh. Hieran schliessen sich noch einige zweifelhafte Fälle. Bei 34, die seit der Geburt Ausfluss hat und jetzt einen kleinen Cervixriss und leichtes Ektropium aufweist, liegt Gonorrhoe vor, denn das Kind machte gleich nach der Geburt eine Blennorrhoe durch. Bei 38, die ab und zu über Schmerzen in der l. Seite klagt und jetzt eine Perimetritis hat, ist der Zusammenhang mit der Operation nicht nachweisbar, desgleichen nicht bei 87, wo auch die innere Untersuchung

keine palpablen Ursachen für die zeitweiligen Kreuzschmerzen ergiebt, und ebenso bei 98, die zwar jetzt eine Perioophoritis dupl. und Parametritis post. hat, wo aber subjektive Beschwerden fehlen und auch das Wochenbett fieberfrei war.

Die Menses stellten sich durchschnittlich nach 8 — 10 Wochen wieder ein, bei stillenden Frauen natürlich später, und zeigten im Allgemeinen denselben Typus wie vor der Geburt. Nur bei Fall 47 blieben sie dauernd aus. Die Untersuchung ergab hier hochgradige Atrophie der inneren und äusseren Genitalien.

Eine erneute Conception fand unter den 86 Frauen, die hier in Betracht kommen, 34 mal statt. Die meisten davon waren zur Zeit der Untersuchung gravid, reife Kinder hatten 14 geboren, abortiert hatten 8. Wahrscheinlich wäre aber noch öfter Conception eingetreten, wenn nicht von sehr vielen, wie z. T. eingestanden wurde, Prohibitivmassregeln angewandt worden wären.

Fassen wir alle diese Angaben zusammen, so lässt sich über die Prognose der manuellen Placentarlösung im Allgemeinen sagen, dass dieselbe noch keine besonders günstige ist, obwohl sie sich gegen früher gebessert hat. Das gilt jedoch hauptsächlich von der Mortalität. Sind aber die Frauen erst einmal über die Lebensgefahr hinweg, so ist die Prognose hinsichtlich der Morbidität recht günstig; denn bleibende Nachteile haben sich nur selten gezeigt, und die Frauen haben die Aussicht, in den geschlechtlichen Funktionen keine Einbusse zu erleiden.

Obschon hiermit das Thema der Arbeit erschöpft ist, möchte ich noch kurz einige interessante Momente aus der Tabelle hervorheben. Es ist überraschend und stimmt nicht mit den sonstigen Angaben, dass eine so grosse Zahl von I p. dabei ist, nämlich 26. Vielleicht spielt das Alter eine Rolle bei Placentarretentionen, denn 53 Frauen waren über 30 Jahre alt, während doch sonst die Mehrzahl der Geburten bei jüngeren Frauen stattfindet. Auffällig ist ferner, dass in der Anamnese 33 mal frühere Aborte (z. T. wiederholte) angegeben sind, sowie das häufige Zusammentreffen mit Placenta praevia, auf das Ahlfeld[17]) aufmerksam machte. Während sonst 1 Plac. praev. auf 1564 Geburten kommt, finden sich hier unter 100 Fällen 5. Auch sind 6 Gemini vertreten, während sonst je ein solcher Fall immer erst auf 90 normale Geburten kommt. Schliesslich wird durch vorliegende Zusammenstellung bestätigt, dass Placentarretentionen sich öfters bei denselben Frauen wiederholen. Denn es finden sich 22 mal in der Anamnese diesbezügliche Angaben, und bei 3 Fällen (35, 43, 57) musste auch bei der folgenden Entbindung die Placenta wiederum künstlich gelöst

werden. Andererseits muss nochmals betont werden, dass 11 Frauen später eine ganz normale Geburt durchmachten.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Olshausen, der mir gütigst die Benutzung des Materials gestattete, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Gessner, der mich zu dieser Arbeit anregte und mit ausgezeichneter Liebenswürdigkeit dabei unterstützte, meinen ehrerbietigen Dank aus.

Literaturverzeichnis.

1. **Schroeder:** Lehrbuch d. Geburtsh., XI. Aufl., S. 757.
2. **Hegar:** Zur puerperalen Infection etc., Volkmanns Vorträge No. 351.
3. **Stumpf,** in Winckel: Ber. u. Stud., Leipzig 92.
4. **Semmelweis:** Aetiol etc. d. Kindbettfiebers. 1861.
5. **Kleinschmidt,** in Winckel: Ber. u. Stud., Leipzig 92.
6. **Hegar,** Pathol. u. Therap. d. Placentarret., Berlin 62.
7. Verhandl. d. Berliner Gesellsch. f. Geburtsk., 1847.
8. **Credé:** Klin. Vorträge über Geburtsh., 1853.
9. **Credé:** Monatsschrift f Geburtsh., XVI S. 337, XVII S. 274, XXII S. 310, Arch. f. Gyn. XVII u. XXIII, D. med. Wochenschr., 1883 No. 45.
10. **Dohrn:** D. med. Wochenschr., 1880 No. 41, 1881 No. 12, 1883 No. 39.
11. **Ahlfeld:** Ber. u. Stud., Leipzig 88, Centralbl. f. Gyn., 1886, No. 52.
12. **Spiegelberg:** Würzbg. med. Zeitschr. II, 1861.
13. **Gossmann:** Münchener med. Wochenschr, 1890 No. 16, 17.
14. **Freund:** Berl. Klinik, 1890 No 29.
15. **Orthmann,** D. med. Wochenschr., 1890, No. 30.
16. **Ahlfeld:** Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XVI.
17. **Ahlfeld:** D. med. Wochenschr., 1888 S. 514.

THESEN.

I.

Vor jeder manuellen Placentarlösung ist, wenn irgend möglich, die Expression in Narcose zu versuchen.

II.

Die Resultate des Tierexperiments sind nicht ohne Weiteres auf die menschliche Pathologie zu übertragen.

III.

Die aetiologische Bedeutung der Lues wird oft zu weit ausgedehnt.

LEBENSLAUF.

Verfasser dieser Arbeit, Walter Guttmann, evangelisch, wurde am 26. 1. 1873 als Sohn des Bankdisponenten Guttmann und dessen Frau, geb. Marle, in Hirschberg in Schles. geboren. Er besuchte daselbst zuerst die städt. Mittelschule 3 Jahre lang, dann das kgl. Gymnasium bis zur Obertertia. Den Rest der Schulzeit absolvierte er am städt. Gymnasium zu St. Elisabeth in Breslau, das er Ostern 1891 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um sich dem med. Studium zu widmen. Das erste Semester studierte er in Freiburg i. B., die drei folgenden in Berlin. Hier bestand er am 25. 2. 93 das tentamen physicum und genügte dann vom 1. April bis 30. September a. e. seiner Militärpflicht unter der Waffe als Einjährig-Freiwilliger in der 7. Komp. Gren.-Reg. König Friedr. Wilh. II. (1. Schles.) No. 10. Die folgenden Semester studierte er wieder in Berlin. Vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1894 war es ihm vergönnt, Unterarzt an der kgl. Univ.-Frauenklinik zu sein. Am 11. Jan. 1895 bestand er das tentamen medicum, am 18. Jan a. e. das examen rigorosum.

Er besuchte die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Adler, B. Baginski, Baumann. Benda, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Engler, A. Fraenkel, E. Fraenkel, Fritsch, Gerhardt, Gessner, Grosse, Gusserow, O. Hertwig, Hirschberg, v. Hofmann (†), Horstmann, Joseph, Kallmorgen, Kundt(†), Langerhans, Liebreich, Litten, Mendel, Nagel, Nasse, Olshausen, Preyer, Riese, O. Rosenbach, Rubner, Schimmelbusch, Schlange, Schweigger, Schweninger, Senator, Waldeyer, Weismann, Wiedersheim, Winter.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht er hiermit seinen aufrichtigen Dank aus.